

Doktorum/doktorlarım adlı hastalığımın son durumu, gidişatı ve tedavi planım hakkında beni bilgilendirdiler. Tedavimi öğrendim. Verilecek tedaviyi ve bu tedaviye bağlı görülebilecek yan etkileri okudum, değerlendirdim. Anlamadığım konuları ve yabancı kelimeleri sordum, açıklamalarını doktorum/doktorlarımdan aldım.

Bütün riskleri kendi rızam ile kabul ederek doktorlarımdan benim için önerdiği mobilizasyon rejiminde kullanılan **YÜKSEK DOZ CYCLOPHOSPHAMİD** kemoterapi protokolünü almayı kabul ediyorum

Tarih:/...../2010

Hasta Adı Soyadı:

İmza:

Doktor Adı Soyadı:

İmza: